

ЖЕЛУДОЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У *H. PYLORI*-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВОЙ

Маршалко О.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Изучению желудочной метаплазии в слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки (ДПК) стали уделять больше внимания в связи с открытием *Helicobacter pylori*. Это объясняется тем фактом, что *H. pylori* (Нр) колонизирует только эпителий желудочного типа. Таким образом, зона обитания бактерии в ДПК ограничивается участками желудочной метаплазии (ЖМ) в её слизистой оболочке. Это так называемая дополнительная «экологическая ниша» обитания *H. pylori* [1]. При колонизации Нр участков желудочной метаплазии слизистой оболочки ДПК, в ряде случаев образуется язвенный дефект. При сохранении персистенции Нр в слизистой оболочке с желудочным эпителием наблюдается рецидивирующее течение пептической язвы, которое в 37%-65% случаев сопровождается развитием различных осложнений (кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз) [3]

Цель исследования заключалась в выделении группы пациентов с неосложненной язвой луковицы ДПК, диагностики желудочной метаплазии в слизистой оболочке ДПК и регистрации осложнений дуоденальной язвы

(кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоробульбарный стеноз) на протяжении 9-10 лет.

Материалы и методы. Проведено проспективное, рандомизированное исследование. Диагностика *H. pylori* в желудке и ДПК проведена у 127 пациентов с язвой луковицы ДПК в период с 1997 по 1999 год. Диагностика Нр осуществлялась морфологическим методом (окраска по Гимзе), ПЦР с обнаружением *ureC* гена Нр (Литех, Россия) и быстрым уреазным тестом (Rohm Pharma, Германия). Участки желудочной метаплазии ДПК выявлялись окраской ШИК - ализановым синим. Отбор пациентов проводился рандомизированным методом случайных чисел (равномерное распределение) [4] из 859 больных с неосложненной язвой луковицы ДПК. Закончили исследование к январю 2008 года 124 пациента. Три человека (2,4%) были исключены из общей группы как несоответствующие критериям включения (отсутствие данных гистологического исследования слизистой оболочки желудка и ДПК). Средний возраст пациентов оказался равным $43,7 \pm 13,4$ года (18 - 65 лет; среднее \pm SD), соотношение мужчин и женщин 86/38. По ходу рандомизированного исследования все пациенты были разделены на 2 группы согласно отсутствию или наличию осложнений язвы ДПК зарегистрированных на протяжении 9-10 лет наблюдения: язва ДПК, неосложненное течение (1 группа, n=73), язва ДПК, осложненная кровотечением, перфорацией, пенетрацией, пилоробульбарным стенозом (2 группа; n=51).

Результаты и обсуждение. У 124 пациентов с язвой луковицы ДПК, неосложненное течение дуоденальной язвы за 9-10 лет наблюдения отмечено у 73 (58,9%) человек (1 группа). Осложнения дуоденальной язвы за 9-10 лет наблюдения отмечены у 51 (41,1%) человека (2 группа). Язвенное кровотечение диагностировано у 14 (11,3%) пациентов, перфорация – у 14 (11,3%), пенетрация – у 13 (10,5%), пилоробульбарный стеноз – у 15 (12,1%), несколько осложнений дуоденальной язвы – у 9 (7,3%) человек.

У 73 пациентов с неосложненным течением дуоденальной язвы за 9-10 лет наблюдения *H. pylori* обнаружен в слизистой оболочке желудка и метаплазированной слизистой оболочке луковицы ДПК соответственно у 71 (97,3%) и 35 (47,9%) человек. Желудочная метаплазия в луковице ДПК обнаружена у 64 (87,7%) из 73 пациентов. У 51 пациента с осложненным течением дуоденальной язвы (кровотечение, пенетрация, перфорация, пилоробульбарный стеноз) за 9-10 лет наблюдения *H. pylori* обнаружен в слизистой оболочке желудка и метаплазированной слизистой оболочке луковицы ДПК соответственно у 47 (92,2%) и 5 (9,8%) человек. Желудочная метаплазия в луковице ДПК обнаружена у 5 (9,8%) из 51 пациента.

По данным многофакторного дисперсионного анализа, среди контролируемых факторов большую и значимую ($p < 0,001$) степень влияния на развитие осложнений язвы луковицы ДПК имеет наличие рубцово-язвенной деформации луковицы ДПК без признаков стенозирования (19,5%) и отсутствие ЖМ (17,8%) в слизистой оболочке ДПК.

Результаты анализа прогностических факторов [2] для прогноза развития осложнений дуоденальной язвы на основании диагностики ЖМ в слизистой оболочке ДПК и рубцово-язвенной деформации луковицы ДПК без признаков стенозирования представлены в Таблице.

Из двух основных прогностических факторов лучшие прогностические характеристики оказались у ЖМ в слизистой оболочке ДПК. Это объясняется тем

фактом, что участки желудочной метаплазии (эпителий желудка) более устойчивы к повреждающему действию кислого желудочного содержимого, поступающему в тонкую кишку, в результате гиперсекреции соляной кислоты при персистенции Нр в желудке. При отсутствии ЖМ происходит более выраженное повреждение эпителия тонкой кишки, так как кишечный эпителий не приспособлен к длительному существованию в условиях «закисления» луковицы ДПК. Это приводит к быстрому прогрессированию язвы луковицы ДПК, с последующим развитием деструкции стенки кишки (пенетрация, перфорация, кровотечение), появлению язвенно-рубцовой деформации с дальнейшим сужением просвета органа и развитием стеноза. Рубцово-язвенная деформация ДПК, как прогностический фактор, имея высокую специфичность и коэффициент асимметрии, обладает низкой чувствительностью.

Таблица - Основные характеристики прогностических факторов для прогноза развития осложнений дуоденальной язвы в течение 9-10 лет наблюдения (n=124; p<0,001)

Характеристики прогностического фактора	ЖМ отсутствует	рубцово-язвенная деформация имеется
Чувствительность	83,6%	75,0%
Специфичность	92,8%	95,0%
Доля правильных прогнозов	88,7%	84,7
Относительный риск прогнозируемого исхода в группе фактор-полож. пациентов	7,5	4,3
Относительный риск иного исхода в группе фактор-полож. пациентов	0,11	0,08
Коэффициент асимметрии (степень связи прогноза и исхода)	65,4	57,0

Выводы. 1. Впервые установлены высокие показатели прогностического фактора (ЖМ в слизистой оболочке ДПК) для прогноза развития осложнений язвы ДПК у Нр-позитивных пациентов (чувствительность - 83,6%, специфичность - 92,8%, доля правильных прогнозов - 88,7%; p<0,001). 2. При отсутствии ЖМ в слизистой оболочке ДПК у Нр-позитивных пациентов с язвой луковицы ДПК относительный риск развития осложнений дуоденальной язвы в течение 9-10 лет (кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоробульбарный стеноз) возрастает в 7,5 раза (p<0,001).

Литература:

1. Коноров, М.Р. Геликобактерный дуоденит / М.Р. Коноров - Витебск: Изд-во ВГМУ, 2002 - 108 с.
2. Платонов, А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы / А.Е. Платонов - М: Издательство РАМН, 2000. - 52 с.
3. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: рук. для практикующих врачей / В.Т. Ивашкин [и др.]. - М.: Литтерра, 2003 - 1046 с.
4. Box, G.E. Statistics for Experimenters: An Introduction to Design, Data Analysis, and Model Building / G.E. Box, W.G. Hunter, J.S. Hunter - New York: John Wiley and Sons, 1978